

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0870300878		
法人名	有限会社ケア・コンフィデンス		
事業所名	グループホームしょうわ家族(亀ユニット)		
所在地	茨城県土浦市荒川本郷218-173		
自己評価作成日	2020年7月2日	評価結果市町村受理日	2020年11月16日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&JirgvsyoCd=0870300878-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町4637-2
訪問調査日	2020年9月15日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

家庭的な雰囲気の中で、利用者の保有能力に応じて、ごみ捨て、掃除、洗濯など時間がかかってもできることを見つけて、利用者の居場所作りに努めている。玄関からの出入りは自由にできるため散歩や外気浴を利用者本位で行うことができる。事業所の敷地内で育てた野菜や果物を収穫して旬を味わい、季節に応じた行事(初詣、節分、雛祭り、夏祭り、お月見、運動会、芋煮など)を取り入れている。利用者の高齢化に伴い看取り支援や医療連携も積極的に行い、重度化防止や多職種の連携ができる体制を確保している。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

周囲の住宅に馴染むような家庭的で趣があるホームである。近隣の方が野菜を届けてくれたり、定期的に廊下の絵を交換に来てくれたり、コロナ禍でも地域との繋がりを継続できている。敷地内で育てた旬の野菜や果物が使われる食事は利用者の楽しみとなっている。面会や外出が制限されている中、職員が工夫を凝らして企画した納涼祭や駄菓子屋さん等のイベントでの写真には、イベントを満喫した利用者の笑顔が収められていた。利用者を見つめながら、危篤状態に陥ったが元気に歩けるようになったという話をする職員の嬉しそうな顔が印象に残った。
*新型コロナウイルス感染予防の観点から、訪問調査は通常より時間を短縮し、簡潔に実施。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所独自の理念を、スタッフが集まる玄関・事務所に掲示し実践につなげている。	理念を入職時に説明し、ケア会議等で業務と結び付けて話題にしている。また、職員が意識して見ることができるよう、玄関の壁に掲示している。職員からは、職員同士が連携して、一人ひとりの特性を理解して支援することを大事に思っているとの話がきけた。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	芋煮会や施設の行事に参加してもらったりご近所の方に呼びかけ参加して頂いている。ボランティアさんの受入れ(太極拳、歌)近隣の方との挨拶や美容室利用など日常的に交流している。	事業所で行うイベントには、地域の方へハガキや口コミで参加を呼びかけていたが、コロナ禍にあり、感染予防の観点から交流できなくなった。そのような中でも、例年のように近所の方がタケノコやジャガイモを玄関先まで届けてくれるなど、地域との繋がりが継続されている。美容ボランティアの訪問も自粛してもらい、美容師資格を持つ職員がカットしている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	茨城県地域密着型サービス協議会認定認知症地域サポート相談窓口を設置して相談業務を行っている。地域の小学校「こどもを守る110番の家」を委嘱されている。地域の方の見学や相談に応じている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回運営会議を開催している。会議において運営委員、施設代表者、スタッフ間と意見交換した内容をケア会議において報告し利用者支援に取り入れ参考にしてている。	民生委員、地元薬局、他事業所、家族、利用者、市職員で構成され、委員任期2年で依頼している。先月からは、感染予防を徹底し、て対面での会議を再開した。利用者の報告等や、来年開設予定の小規模多機能型事業所の説明を行った。議事録を作成し、家族に送付はしていないが、職員は全員が確認している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	分からないことや困っていることがある時は高齢福祉課等に相談し、助言等を受けている。その都度必要に応じて報告、連絡をしている。	市職員とは電話でのやり取りもスムーズで、良好な関係が構築されている。特に現在は、小規模多機能型事業所開設に向けて密に連携を図っている。困難事例等が生じた場合は、地域包括支援センターに相談することができる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束についての施設内研修を実施している。玄関は緊急やむを得ない状況の時は施錠。出入りをチャイムで確認している。	身体拘束適正化委員会は運営推進会議時に開催している。職員は計画的に勉強会を実施し、年1回は拘束や虐待について勉強しており、チェックリストを活用した意識調査を検討している。拘束についてのマニュアルや様式を整備しているが、現在拘束が必要な利用者はいない。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	日常業務に於いて常に防止には努めているが、今後、高齢者虐待マニュアルを参考にし、社内研修を実施していく。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	後見人を利用している方が2名いる。当事業所の運営委推進委員会の委員1名委嘱し、ご意見をいただいている。後見人制度は施設内研修に取り入れている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約は代表者、管理者が手続きを文章をもって説明している。ご本人、ご家族が十分に納得され安心して入居して頂けるよう対応に努めている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	入居者の方には日々の暮らしの中でご家族には面会時に相談・ご意見・要望を伺い対応している。ご家族からの要望等はユニット会議・ケア会議・朝夕の申し送り等で速やかに意見交換して反映させるようにしている。	家族には写真入りの『しょうわ便り』を送って、日頃の生活状況や行事などをお知らせしている。家族からは、「洋服のこだわりを尊重して」「笑顔で過ごさせて」「ご飯は自分で食べさせて」などの要望があり、職員に周知、家族に現状を説明し、できることは対応するようにしている。「ありがとう」とお礼の言葉をかけられることもある。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ケア会議、ユニット会議を月1回以上開催し運営全体の事を話し合い意見、提案を聞き、出来る事は速やかに反映させている。毎日の申し送りにおいてもその都度意見・提案を表出する機会もある。	ケア会議等には、社長も出席し、職員の意見を直接聞いている。利用者居室のクーラーの不調の訴えがあり、すぐに対応された。何かあればケア会議の議題にでき、急ぐ場合は直接上司に訴えて対応されるので、職員は和やかに働ける職場環境が整っていると感じている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員それぞれの得意分野の披露の場を提供している。 代表者はキャリア段位制度の運営体制を確立している為、モチベーションアップに努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	資格取得の為の予備講座や研修を案内し受講する機会を提供している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	以前、施設交流として、他事業所訪問を計画し利用者や職員が参加し意見交換等されていた。今後も、機会があれば行いたい。サービスの向上へつながると思う。		
II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	ご本人との面談を重ねて、好きな事嫌いな事、行動様式などを日常生活、触れ合いの中で把握しながら、良い関係が築けるよう努めている。入所前に利用していたデイサービスからも情報を得ている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所時面談を行い、以降はその面会時や電話で話を伺い、要望や不安などの相談を受けながらより良い関係作りができるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	デイサービスを利用しながら、ご家族、デイサービス相談員、グループホーム管理者と連携を図っている。また、方向性を相談しその方にあつたサービス対応ができるように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご本人の意欲、意向等を尊重しながら家事活動など得意なこと、できる事を協力していただいている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族からの要望はもちろんの事、こちらからの要望がある際は率直に相談し、互いに支援できるよう努めている。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	愛用の身の回りの物を居室内に持ち込み飾っている。ご家族やご友人や知人の面会もオープンに行われている。ご家族と外出される方もいる。しょうわ便りを年4回発行し、ご家族様に郵送している。	友人や親せきの方の訪問があつたが、面会制限中で、家族とは外で話したり、リモートでの対話するなど、短時間の交流しかできていない。以前は、お盆やお彼岸にお墓参りをする方がいた。テレビでハンバーガーのCMを見て「あれ食べたいねえ」の声が上がることもあり、食べには行けないが、テイクアウトで昼食にだすことを検討している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず に利用者同士が関わり合い、支え合えるような 支援に努めている	各ユニットを行き来でき、日課の体操などを通 じて関りが持てるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関 係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族 の経過をフォローし、相談や支援に努めている	必要に応じて関係者に対しご本人のこれまで の様子は詳細に伝えているものの、経過の フォローは行っていない。 手紙や電話等をしていき経過フォローしていけ ればと思う。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握 に努めている。困難な場合は、本人本位に検討し ている	言葉で伝えることが難しい方もいる。生活歴、 趣味等を参考にし、その方が何を望むのかを 表情や行動等参考にしながら快適に生活して 頂けるよう努めている。ご家族、スタッフ間で話 し合いを重ねている。	思いを伝えられない方には、声かけを工夫し、何事も 否定せずに傾聴し、求めているものを探り出して いる。アセスメントからの拾い出しも行い、本人の思い に沿えるように支援している。表情等から読み取った ことは、申し送りでも他の職員にも周知、共有化を図っ ている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環 境、これまでのサービス利用の経過等の把握に 努めている	ご家族様より、今までの生活歴等を聞き、把握 に努めている。 前ケアマネの方より情報共有で把握に努めて いる。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する 力等の現状の把握に努めている	バイタルチェックやご本人の様子を観察して個 人記録に記載して、スタッフ全員で記録を確認 することで情報を共有している。 朝・夕の申し送りで変化ある時は申し伝えている。 。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方 について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、 それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即 した介護計画を作成している	ケア会議やユニット会議等日々の情報を元に 作成している。医師、看護師に意見を伺い介 護計画を作成している。	アセスメントをし、担当者会議で利用者や家族の意向 を確認し、ケアプランを作成している。ケア会議で出 された担当職員からの情報を基にモニタリングを行 い、次の計画に繋げている。時系列の個人記録は、 気が付いた職員が行動を記入しており、表情や本人 の言葉などが具体的に記載されていた。	個人記録は行動内容が具体的に記 載され、1日の状態が見えるよう であった。ケアプランに沿った記載方法 等を検討することで、職員一人ひと りが振り返り、よりいっそう目標を意識 するようになることを期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を 個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら 実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日、個人記録に目を通し、本人のその日の 様子、状態等読み取り話し合い、実践に活か し、計画にも反映している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	認知症対応型デイサービス、共用型を併設している。ボランティアを積極的に受け入れている。朗読会、歌の会、季節の行事等イベントが多い。個別ケアを勧め、利用者の多様化に対応できるよう努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	定期的なボランティアの方々の来訪、近所の美容院でのカット等の利用により、顔見知りとなり散歩時など外に行った時にも声をかけてもらっている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居前の担当医を入居後も継続できるようにしている。本人の状態で通院が困難、また家族の対応が難しく施設で対応を希望された場合は相談の上往診や近隣の病院に変更し、適切に医療が受けられるよう支援している。	月1~2回往診の方が多く、変化があったときには家族に連絡し、個人記録に記載している。外部のかかりつけ医受診は原則家族が付き添い、温度板の写しと口頭やメモで家族に説明、直接担当医に状況を伝えることもある。受診後には報告を受ける。訪問歯科を利用している方もいる。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護ステーションと事業所連携を行っている。毎週火曜日看護師が訪問してくれる。訪問時には状態や様子。受診時などで変更になったことなどがある場合報告、相談をして連携を図っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院先の担当看護師や主治医などと連携を取り適宜に対応できるよう努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合について、ご家族からの希望を伺った上で主治医、施設長、管理者、職員間で話し合いをしている。その後も重度化が進んだことを想定して主治医、訪問看護、施設長、全職員を交えてカンファレンスを行っている。	看取りの指針があり、契約時に説明して意思確認書で希望を確認している。状態が変化したときには、家族、医師、訪看とともにカンファレンスを行い、方針を決めて同意書で確認する。終末期には家族が泊まって付き添うこともできる。医師、訪看とも、24時間連絡体制が整っており、職員は夜勤時にも不安を感じることなく、支援できている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	訪問看護ステーションと契約しており、24時間対応となっていて、急変時はすぐ訪問し、バイタルなど状態を確認し、主治医に報告、指示を仰ぐ体制となっている。救命救急訓練等は定期的に行っていない。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回防災訓練を実施している。そのうち1回は消防署員に来てもらい消化訓練も実施している。	避難訓練後は大きな声を出すことや、初期消火の方法について消防署から助言があり、改善に向けた話し合いをしている。災害別・夜間マニュアルを策定中。訓練時は近所の方に声をかけているが参加がない、運営推進会議時の訓練を考える。広域避難所、福祉避難所について確認していく。備蓄品、持ち出しグッズが用意されている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の性格や生活歴を把握した上で、言葉にできない方に対しても、行動、表情等で何を望んでいるか何をしたいのかを見極め、タイミングや言葉使いに注意して対応している。トイレや着替え、入浴介助などではプライバシーに注意して対応している。	呼称は利用者・家族の希望を踏まえた呼び方になっている。入浴時、異性介助を好まない方については、意向を踏まえて支援している。トイレ誘導時も気持ちよ動けるよう、利用者に合わせた声かけを工夫している。ホームページも含め、写真の掲載については同意書で確認をし、意向に沿って対応している。面会票は個票だが、コロナ禍では体温のチェックの為、一覧の訪問記録表を使用している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	体操やレクリエーションなど誘うときや入浴時に着替える服や下着等を一緒に準備した時にはご本人が選択できるような声かけをして日々決定してもらっている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	散歩に行きたいと希望があった場合は、特に何も無い限りその都度対応できるようにしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	その日や入浴後に着る物を選んでいただいている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節の野菜と一緒に収穫し野菜の皮むきなどの下ごしらえや食器洗いなどの手伝いをして役割を持ってもらいながら、食事が楽しめるよう支援している。また、職員も同じ食事を会話しながら一緒に食べている。	食材は地域の店などの配達を利用、その日の冷蔵庫の中身を確認して彩を考慮した献立を作っている。畑で収穫した野菜や近所からいただいた野菜を使い、季節感を出している。利用者は、野菜の下ごしらえや食器洗いなどできることを行っている。以前は、ホテルで食事、うなぎ、パフェ、ラーメンなどの外食を行っていた。コロナ禍では、誕生日などの行事食として利用者の希望を聞いてお弁当を買ってきたり、庭で駄菓子屋さんを開いたり、おやつ作りなどを楽しんでいる。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個々に食べた量や摂取した水分を個人記録に記入している。水分で咽る方にはトロミをつけ、個々にあった食事形態にして栄養や水分が確保できるよう支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後に声掛けし、準備だけが必要な方、介助も必要な方等、個々に合った口腔ケアを行なっている。定期的に訪問歯科診療を利用されている方もいる。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	各職員が排泄パターンが把握できるよう、個人記録の排泄チェック表へ記入し、チェック表確認しながら個々ADLに合わせ、トイレの声掛け、誘導をトイレで排泄ができるよう支援している。	定時のトイレ誘導に加え、利用者の様子などからタイミングを見計らって声かけをしている。夜間のポータブルトイレの使用は、センサーにより安全に配慮して介助している。排泄が自立している方について、工夫はしているが排便確認が課題となっている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取多めに促すようにし、自然に排便できるように工夫している。また、毎日の体操を二回行っている。個々によりそれでも自然排便が難しい場合は、訪問看護や主治医に相談し、必要に応じ服薬する。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	火曜日以外、毎日午後の時間帯に入浴日を設けて入浴チェック表を確認し個々の体調やペースに合わせ、本人の意思を確認した上で促している。季節に合わせてゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を入れ楽しんでもらえるよう工夫している。	1日3人を目安とした入浴を基本とし、希望があれば入浴人数を増やして支援している。家族から毎日の入浴を希望されたことがあったが、本人が体力的に困難である場合がある。脱衣所はストーブや扇風機で適温に保つよう配慮している。デイサービスの大きなお風呂を楽しむこともある。水虫などがある方は、入浴順番を工夫し、感染予防に気をつけている。着替えは自分で用意する方もいるが、見守りもしている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	今までの生活習慣や個々の生活リズムを把握、尊重し、体調を見ながら日中休息できるよう支援している。また、夜間眠れない時はホットミルク、ホットココア等を提供し、話を傾聴して安心して眠れるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の情報は専用ファイルに綴じいつでも確認できるようになっている。変更などあった場合はノートや個人記録に記載し全職員が周知し、服薬により特変が見られた時は記録するよう努めている。服薬時は必ず飲み込めたかを確認している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	食器洗いやテーブル拭き居室などの床モップ掛けなど、個々に合った役割を持ってもらい嗜好品(コーヒー等)がある方には一日一日提供するなどして、気分転換してもらい楽しんで頂いている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	時折、おやつや買い出しと一緒に掛けている。会話の中に季節の花や食べ物等取り入れ、興味のあるもの、食べたい物等を聞き出しドライブや外食行事、地域の催物への参加を計画し、定期的に外出できるよう支援している。	以前は、定期的な外出の他、お天気を見て外出するなど出かける機会が多かった。今は近くで散歩したり、庭でお茶を飲んだり、納涼祭で花火をしたり、駄菓子屋さんを開くなど、外で楽しむ機会を作って支援している。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お小遣いとして、全員分を事務所で預かっており、必需品、美容院代、行事等で外食した時に支払いをしている。時にはみんなで食べるおやつ等一緒に買いに行き、出来る方には支払いをしよう。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話を所持している方もおり、毎朝ご家族様よりかかってくるため話ができるよう支援している。また、本人がかきたいとの要望があった場合は、対応できるようにしている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節に合わせた貼り絵などを作成し、壁面に飾り付けをしたり、庭に咲いている花を談話室に飾ったりしている。	食堂の他に、共有の談話コーナー、フリースペース、畳の『かぐらの間』があり、昼食の前には集まって体操を行っている。ピアノが置かれたフリースペースでは、定期的に演奏会が開かれ、利用者の憩いのひとときとなっている。亀と烏骨鶏が飼われている緑豊かな中庭は共有スペースから眺めることができ癒しがある。壁に掛けられた複数の絵画は、近所の方の作品で定期的に交換に来てくれる。書道など利用者の作品や、ホームで採れた野菜の写真が展示されていた。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	玄関ホールにソファが置いてあり、その隣には談話室もあり、外を眺めたり、談話をしたり各自思い思いに過ごせるようになっている		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れた家具やベッド、備品等を持ち込み、家族や本人とレイアウトを考え、少しでも今までの生活が継続できるよう配慮している。	洗面所とクローゼットが備え付けられた居室には、チェストや家族の写真が置かれ、個人の思いに沿った部屋作りがされている。自分でゴミ出し等を行う方がいるが、掃除は職員が行っている。居室担当が衣類のチェック、窓ふき、家族への連絡等、情報発信を担っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	各居室口には表札を付け、共用のトイレや浴室にも”便所””浴室”と分かりやすい文字で表示して。また、トイレのドアの開け方がわかりやすいように、「引いてください」「押してください」等表示し工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームしょうわ家族

目標達成計画

作成日: 2020年11月16日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	広域避難所、福祉避難所の確認とハザードマップが出来ていない。	避難所の確認をしハザードマップを作成して災害時に備える事ができる。また災害時近隣住民の方とも協力ができるようにしていく。	ハザードマップの作成。避難訓練を行う時は近隣住民の方にも声をかけて参加を促す。運営推進会議時にも避難訓練の予定を組んで行きたい。	6ヶ月
2	26	個人記録とケアプランの内容が連動されていない。	ケアプランに沿った個人記録が記入できるようにする。	スタッフが個人記録をケアプランに沿った内容で記載できるようにファイルを作成する。記載しやすいようにファイルの工夫をする。	3ヶ月
3	4	運営推進会議の内容が利用者家族に伝わっていない。	利用者の家族とともに情報の共有をはかる。	2か月に1回定期的で開催されている運営推進会議において会議の内容を家族に報告する。定期的に議事録の郵送を行う。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。